

FORMULARZ OFERTOWY

na udzielanie świadczeń zdrowotnych

w zakresie świadczeń lekarskich udzielanych przez lekarza POZ

– Geriatryczne Centrum Medyczne w Warszawie, przy Al. Wilanowskiej 257 w Warszawie,
należącym do Stołecznego Centrum Opiekuńczo-Leczniczego Sp. z o.o.,
z siedzibą w Warszawie przy ul. Mehoffera 72/74 w zakresie:

Świadczeń lekarskich wykonywanych przez

W lokalizacji: DPS ul. Dickensa 25 w Warszawie

/dotyczy osób legitymujących się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń/

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

.....

e-mail:

Tel.:

Nr pesel :

Nr prawa wykonywania zawodu :

Nr konta bankowego do umowy:

lub

/dotyczy podmiotów wykonujących działalność leczniczą/

Nazwa Przyjmującego zamówienie:.....

.....

1. Adres siedziby.....

Kod pocztowy.....

2. Numer wpisu do właściwego rejestru*

3. NIP*

4. REGON*

5. Dane tele-adresowe. e-mail

6. Numer konta:

Osobą uprawnianą do podpisywania i złożenia oferty oraz podejmowania czynności związanych z prowadzonym postępowaniem konkursowym w imieniu Przyjmującego zamówienie jest*:.....

*Załączyć właściwe kopie dokumentów (poświadczane za zgodność z oryginałem)

Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie świadczeń lekarskich podstawowej opieki zdrowotnej w Geriatrycznym Centrum Medycznym z siedzibą w Warszawie przy Al. Wilanowskiej 257 okresie, wskazanym w ogłoszeniu, na warunkach określonych w projekcie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych konkursem.

OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1. Zapoznał się z treścią Ogłoszenia o konkursie, „Szczegółowymi warunkami konkursów ofert” oraz projektem umowy i nie zgłasza zastrzeżeń.
2. Zapoznał się z przepisami prawa w przedmiotowym zakresie.
3. Posiada odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje zawodowe* niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem umowy oraz, że podda się kontroli NFZ w ramach świadczeń objętych przedmiotową umową.
4. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że jako podwykonawca świadczeń dla Stołecznego Centrum Opiekuńczo- Leczniczego Sp. z o.o. wykaże w Systemie Zarządzania Obiegiem Informacji /SZOI/ w Mazowieckim Oddziale Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia zawartą z Udzielającym zamówienia umowę podwykonawczą.
5. Uważa się za związanego ofertą przez 30 dni licząc od dnia otwarcia ofert.
6. Oferowane świadczenia będą wykonywane na poziomie zgodnym z przyjętymi standardami, wymogami przez NFZ, z zachowaniem przepisów sanitarnych, p. poż., BHP.
7. Posiada aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej* (OC) spełniające wymogi wynikające z rozporządzenia wydanego na podstawie art. 25 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej i zobowiązuje się do jego utrzymania przez cały okres trwania umowy.
8. Przedłoży w Dziale Kadr SCOL Sp. z o.o. aktualne zaświadczenie o odbytym szkoleniu z zakresu BHP w związku z podpisaniem umowy.
9. Powierzonych świadczeń objętych umową udzielać będzie w okresie **24 miesięcy, w terminie: od dnia 01.06.2025 r. – do dnia 31.05.2027 r.**

10. Zobowiązuje się do realizacji świadczeń zgodnie z ustaloną liczbą godzin, to jest: **do 30** godzin miesięcznie, maksymalnie **720** godzin w okresie obowiązywania umowy oraz zgodnie z harmonogramem pracy ustalonym z kierownictwem Udzielającego zamówienie.
11. Wszystkie załączone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.

.....
(podpis i pieczęć Oferenta)

CENA OFERTOWA

L.p.	Rodzaj świadczenia	Cena za 1 godzinę (brutto)
1.	Świadczenia lekarskie udzielane POZ – Geriatryczne Centrum Medyczne w Warszawie, DPS ul. Dickensa 25 w Warszawie	

- W cenie są zawarte wszystkie koszty, jakie ponosi Przyjmujący zamówienie przy realizacji przedmiotu zamówienia.
- Ceny są stałe w okresie związania umową.
- Wszystkie podane wyżej ceny są cenami w złotych, ostatecznymi i uwzględniają wymagania Zamawiającego, odnoszą się do przedmiotu zamówienia.
- Podana do wypracowania maksymalna ilość godzin jest ilością szacunkową w celu określenia maksymalnej wartości umowy i może ulec zmniejszeniu w trakcie realizacji umowy. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo niewykorzystania maksymalnej ilości godzin wskazanej miesięcznie. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że nie będzie dochodził roszczeń z tytułu zmniejszenia miesięcznej ilości godzin.

ZAŁĄCZNIKI:

1. Dyplom ukończenia studiów wyższych na kierunku lekarskim oraz dyplom specjalizacji z dziedziny medycyny rodzinnej lub specjalisty I lub II stopnia z chorób wewnętrznych;
2. Prawo wykonywania zawodu lekarza;
3. Kopia polisy OC;
4. W przypadku osób prowadzących działalność gospodarczą - WYDRUK z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (jeśli dotyczy)
5. Poświadczony wpis do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą/ KRS (jeśli dotyczy)
6. Pełnomocnictwo – (jeśli dotyczy) - wyłącznie w przypadku reprezentacji Przyjmującego zamówienie przez pełnomocnika

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych do celów związanych z niniejszym postępowaniem konkursowym (m.in. zamieszczenia tych danych i ich upublicznienia w rozstrzygnięciu konkursu ofert).

.....dnia.....

.....
(podpis i pieczęć Oferenta)